

**Vorbericht des IQWiG, Stand: 16.08.2016:
Systemische Therapie bei Erwachsenen als
Psychotherapieverfahren**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 20.09.2016**

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
I. Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen	5
II. Störungsbereich Demenz	7
III. Störungsbereich depressive Störungen	8
IV. Störungsbereich Essstörungen	9
V. Störungsbereich körperliche Erkrankungen.....	10
VI. Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen	10
VII. Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen.....	10
VIII. Störungsbereich Substanzkonsumstörungen	11
Fazit	11
Literatur	13

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die differenzierte und transparente Darstellung der vorläufigen Nutzenbewertung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen in dem vorliegenden Vorbericht vom 16. August 2016. Dies gilt nicht zuletzt für die differenzierte Darstellung der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchgeführten Meta-Analysen zu den verschiedenen Endpunkten und Auswertungszeitpunkten bei den jeweiligen Störungsbereichen. Die im Berichtsplan dargelegte Methodik erlaubt dabei den Nachvollzug der Bewertung des Nutzens des untersuchten Psychotherapieverfahrens in den im Methodenpapier des IQWiG beschriebenen Kategorien Beleg, Hinweis und Anhaltspunkt für einen Nutzen der Behandlungsmethode bzw. kein Anhaltspunkt für einen Nutzen. Die Definition der patientenrelevanten Endpunkte, die Differenzierung und Gewichtung der als relevant erachteten Morbiditätsendpunkte, wie in Kapitel 3 des Vorberichts dargestellt, ist nachvollziehbar und dem Bewertungsgegenstand angemessen. Auch der Prozess der Selektion relevanter Studien und die Kriterien für den Ausschluss von Studien werden im Vorbericht transparent beschrieben. Hinsichtlich der ausgeschlossenen Studien findet sich jedoch im Anhang des Vorberichts lediglich eine nicht näher erläuterte kategoriale Information über den Ausschlussgrund. Aus Sicht der BPtK wäre es an dieser Stelle wünschenswert, wenn insbesondere bei denjenigen Studien, die in die Bewertung der Systemischen Therapie im Rahmen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) aus dem Jahr 2008 eingeflossen sind und vom WBP als „positiv“ gekennzeichnet wurden, die jedoch aus unterschiedlichen Gründen vom IQWiG bei der vorliegenden Nutzenbewertung ausgeschlossen wurden, eine differenzierte Erläuterung der Ausschlussgründe erfolgte.

Unklar bleibt aus Sicht der BPtK auch der Aspekt der Definition bzw. Operationalisierung der Prüfintervention Systemische Therapie. Im Berichtsplan wurde hierzu angekündigt, dass die Festlegung, welche Interventionen dem Verfahren der Systemischen Therapie zuzurechnen sind, auf der Basis einer möglichst umfassenden Übersicht über als systemisch betrachtete Behandlungsansätze und -techniken in Form einer bereits vorliegenden Zusammenstellung aus der einschlägigen Fachliteratur erfolgen soll. Verwiesen wird hierbei u. a. auf die Publikation von Sydow et

al. (2007), die auch dem Antrag beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie zugrunde gelegen hat. In Kapitel 1 des Vorberichts wird hierbei auf verschiedene mögliche Definitionen Systemischer Therapie verwiesen, ohne dass sich eindeutig ergibt, welche Zusammenstellung in der einschlägigen Fachliteratur ggf. tatsächlich zugrunde gelegt wurde. In Kapitel 3 „Methoden“ des Vorberichts findet sich schließlich nur die Erläuterung, dass Prüfintervention dieser vorläufigen Nutzenbewertung eine psychotherapeutische Intervention war, die dem Verfahren der Systemischen Therapie zuzurechnen ist. Inwieweit von der Ankündigung im Berichtsplan Gebrauch gemacht wurde, ggf. auf Basis der einschlägigen Fachliteratur eine umfassende Übersicht selbst zu erstellen oder bereits vorliegende Übersichten zusammenzuführen, falls eine solche umfassende Übersicht nicht identifiziert werden konnte, wird im Vorbericht nicht deutlich.

Schließlich schlägt die BPTK vor, dass sich der Bericht zur besseren Übersicht über die Ergebnisse der vorläufigen Nutzenbewertung und deren Verwendung für die weiteren Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss hinsichtlich der Abfolge und Gliederung der Darstellung der Nutzenbewertung an den Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie orientiert.

Im Folgenden wird die BPTK dessen ungeachtet ihre Anmerkungen entsprechend der Abfolge und Definition der Störungsbereiche in den Abschnitten 4.3 bzw. A3 des Vorberichts darstellen.

I. Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen

In die Nutzenbewertung in diesem Störungsbereich gingen insgesamt vier Studien ein. Die Analysen zur Studie von Knekt (2004) beschränken sich dabei auf den Endpunkt Vollremission der Angststörung zu den Auswertungszeitpunkten 7 Monate, 12 Monate und 36 Monate. Gemäß Methodenkapitel des Vorberichts ist bei Vorliegen mehrerer Auswertungszeitpunkte eine Begrenzung auf maximal vier Auswertungszeitpunkte vorgesehen. Nach der Publikation von Knekt et al. (2011) liegen auch für das 5-Jahres-Follow-up Daten zur Vollremission der Angststörung vor, die eine vergleichende Auswertung erlauben. Die BPtK regt an zu prüfen, ob eine ergänzende Analyse der Daten zur Vollremission der Angststörung zu diesem Messzeitpunkt als vierten Auswertungszeitpunkt mit einem relevanten Informationsgewinn verbunden sein könnte. Gemäß den Spezifizierungen der Methodik in A.2.2 wurde festgelegt, dass bei der Ableitung von Nutzensaussagen Zeitverläufe in der Weise Berücksichtigung finden, dass inkonsistente Ergebnisse über die Zeit nur dann vorliegen, wenn sich zu einem Zeitpunkt für eine Intervention ein Nutzen zeigte, während zu einem anderen Zeitpunkt ein geringerer Nutzen oder Schaden beobachtbar ist. Dagegen werden nicht statistisch signifikante Gruppenunterschiede zu einem anderen Zeitpunkt nicht als inkonsistentes Ergebnis gewertet. Insofern ist die Feststellung eines Anhaltspunktes für einen geringeren Nutzen verglichen mit der psychodynamischen Langzeittherapie hinsichtlich des Endpunktes Vollremission Angststörung zwar nachvollziehbar. Allerdings sollte die Konsistenz dieses Befundes im Zeitverlauf unter Berücksichtigung des 5-Jahres-Follow-up nochmals geprüft werden. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass sich die Therapiedosis zwischen den beiden Interventionsgruppen sehr stark unterscheidet und in diesem Studiendesign für den Behandlungsarm der Systemischen Therapie der systematische Nachteil besteht, dass keine spezifische systemische Weiterbehandlung bei denjenigen Patienten erfolgen kann, die zum Therapieende nach durchschnittlich 12 Sitzungen noch keine Vollremission der Angststörung erreichen konnten.

Hinsichtlich des Endpunktes Symptomverbesserung Angst ergibt sich beim Vergleich der Systemischen Therapie mit Beratung und Informationsvermittlung, der auf der Studie von Rakowska (2011) beruht, ein Anhaltspunkt für einen Nutzen.

Dieser beruht auf den Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt zwei Monate. Trotz der methodischen Schwierigkeiten bei Subgruppenanalysen erscheint es für diese Studie angemessen, zusätzlich im Rahmen von Subgruppenanalysen weitere Endpunkte (insbesondere Vollremission Angststörung) für die Subgruppen mit bzw. ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen in die Bewertung mit einzubeziehen. Ferner wird in Tabelle 47 hinsichtlich des Verzerrungspotenzials angegeben, dass das Kriterium der Verdeckung der Gruppenzugehörigkeit aufgrund unzureichender Angaben in der Publikation nicht eindeutig bewertet werden kann und als unklar eingestuft wird. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass in vielen Publikationen zu randomisiert-kontrollierten Studien im Bereich der Psychotherapie die Angaben zu spezifischen methodischen Aspekten der Studien aufgrund der Vorgaben des jeweiligen Journals sehr knapp gehalten sind und zum Teil Bewertungen bestimmter qualitativer Kriterien der Studienqualität nur sehr eingeschränkt ermöglichen. Aufgrund der Relevanz der Einstufung des Verzerrungspotenzials für die Nutzenbewertung möchten wir anregen, in den Fällen, in denen das Verzerrungsrisiko als hoch eingeschätzt wird, weil die Bewertung des Kriteriums des „Allocation Concealment“ unklar ist, die Studienautoren anzufordern, um ergänzende Informationen zur möglichen Verdeckung der Gruppenzugehörigkeit im Kontext der Randomisierungsprozedur zu bitten. Dies gilt entsprechend auch für die ähnlich gelagerten Bewertungsprobleme bei eingeschlossenen Studien in den weiteren Störungsbereichen.

Die Analyse zweier chinesischer Studien (Li, 2010 und Yang, 2005) ergibt schließlich einen Hinweis auf den Nutzen der Systemischen Therapie bezogen auf den Endpunkt Symptomverbesserung Zwang im Vergleich zu keiner Zusatzbehandlung, wobei dem Studiendesign zugrunde liegt, dass in beiden Studienarmen eine Pharmakotherapie als Sockeltherapie erfolgte. Dieser Hinweis auf einen Nutzen beruht auf den Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 3 Monate und bezieht sich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörung. Auch wenn für den Endpunkt Angstsymptomatik ebenfalls ein Anhaltspunkt für einen Nutzen identifiziert werden konnte, kommt dem Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie bei dem Endpunkt Symptomverbesserung Zwang eine herausgehobene Bedeutung zu, da sich auf diesem Endpunkt der Nutzen der Systemischen Therapie stärker diagnosespezifisch abbildet. In diesem

Sinne erscheint auch die Aussage auf Seite 16 des Vorberichts verzichtbar, dass aus Studien, die Patienten mit einer Angststörung untersuchten, hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Zwang kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der Systemischen Therapie festgestellt werden kann. Dies wäre auch unter klinischen Gesichtspunkten nicht zu erwarten, da Patienten mit einer reinen Angststörung in der Regel keine stärker ausgeprägte Zwangssymptomatik aufweisen und sich entsprechend auf diesen Endpunkt der Nutzen einer erfolgreichen Behandlung der Angststörung nicht abbilden lässt.

Schließlich sei an dieser Stelle angemerkt, dass hinsichtlich der Darstellung der Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene eine allgemeine Erläuterung für alle Anwendungsbereiche befürwortet wird, dass bei den analysierten Studien zur Systemischen Therapie grundsätzlich die Patienten und die behandelnden Personen als unverblindet bewertet werden und dass dies auch entsprechend den Ausführungen im Methodenpapier 4.2 des IQWiG (Seite 62) im Bereich der nicht-medikamentösen Behandlung und im Besonderen im Fall der Psychotherapie regelhaft nicht möglich und entsprechend aus methodischen Gründen auch nicht gefordert werden kann. Auf die weiteren Erläuterungen zu diesem „unvermeidlichen Verzerrungspotenzial“ bei Studien zur Systemischen Therapie gesondert für jeden einzelnen Anwendungsbereich der Psychotherapie könnte damit in dem Bericht zur Nutzenbewertung der Systemischen Therapie entsprechend verzichtet werden.

II. Störungsbereich Demenz

In diesem Anwendungsbereich ging eine Studie in die Nutzenbewertung ein zum Vergleich von Systemischer Therapie gegenüber keiner Zusatzbehandlung (Ingersoll-Dayton). Hinsichtlich der Demenz-assoziierten klinischen Symptomatik, dem einzigen patientenrelevanten Endpunkt, zu dem Daten extrahiert werden konnten, konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen festgestellt werden. Das Fazit, dass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie verglichen mit der Gruppe ohne Zusatzbehandlung festgestellt werden konnte, kann entsprechend nachvollzogen werden.

III. Störungsbereich depressive Störungen

In diesem Anwendungsbereich wurden insgesamt sieben Studien zu drei Vergleichen eingeschlossen. Die Studie von Miller (2005) wurde zwar zunächst eingeschlossen, allerdings wurde diese im Rahmen der Nutzenbewertung nicht berücksichtigt, da in der Publikation keine Ergebnisse für die interessierenden Vergleiche berichtet wurden. Hier wäre zu prüfen, ob im Rahmen einer Anfrage an die Autoren differenziertere Daten angefordert werden können, die dann in den entsprechenden Vergleichen Berücksichtigung finden können.

Weiterhin wurde die Studie von Leff (2000) wegen des Kriteriums E1 (Population) ausgeschlossen. Wenngleich für diese Studie keine kriterienorientierte Diagnosestellung nach ICD-10 berichtet wird, regt die BPTK an, nochmals zu prüfen, ob aufgrund der formulierten Einschlusskriterien (*„level of ‘caseness’ [Index of Definition level 5 or above], receive a primary classification of depression on the Present State Examination – Catego System [Wing et al, 1974] and achieve a score on the Hamilton Depression Rating Scale [Hamilton, 1960] of at least 14*) nicht doch mit hinreichender Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass bei der untersuchten Patientengruppe eine Major Depression vorgelegen hat und die Studie in die Vergleiche einbezogen werden kann.

Die Landkarten der Beleglage in Bezug auf die Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität sowie allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zeigen für die verschiedenen Vergleiche gegenüber anderen Psychotherapieverfahren im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung sowie im Vergleich zu „keine Zusatzbehandlung“ (bei Sockelbehandlung in beiden Studienarmen) Anhaltspunkte bzw. Hinweise auf den Nutzen der Systemischen Therapie. Der Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen gegenüber der psychodynamischen Langzeittherapie beim Endpunkt Angstsymptomatik ist für diesen Anwendungsbereich vernachlässigbar, da dieser lediglich auf dem bereits im Störungsbereich Angststörungen beschriebenen Effekt beruht. Nicht nachvollzogen werden kann die einschränkende Anmerkung in Abschnitt 4.5.6, dass die Zuordnung der Kontrollinterventionen der Studie von Knekt (2004) zu einem der nach

§ 13 Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Psychotherapieverfahren mit Unsicherheit behaftet ist. Die Zuordnung der Behandlungsarme der psychodynamischen Kurzzeittherapie und der psychodynamischen Langzeittherapie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bzw. zur analytischen Psychotherapie ist nach unserer Kenntnis in der psychotherapeutischen Fachwelt unumstritten und wird auch im Rahmen der Überprüfung der psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren entsprechend eingestuft (siehe hierzu auch die Stellungnahme der BPtK, 2009). Insofern ist der in Tabelle 11 dargestellte Hinweis auf den (Zusatz-)Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zur psychodynamischen Kurzzeittherapie entsprechend stark zu gewichten. Der Anhaltspunkt für den Nutzen der Systemischen Therapie lässt sich darüber hinaus für verschiedene patientenrelevante Endpunkte und sowohl für den Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung als auch gegenüber dem Komparator „keine Zusatzbehandlung“ feststellen.

IV. Störungsbereich Essstörungen

In diesem Anwendungsbereich wurden insgesamt drei Studien zu zwei Vergleichen eingeschlossen. Bei der „Gothenburg anorexia nervosa treatment study“, die über die Studienregisterrecherche identifiziert werden konnte, wurde auf eine Anfrage bei den Autoren verzichtet, da die potenzielle Fazitrelevanz dieser Studie als gering eingeschätzt wurde. In der randomisiert-kontrollierten Studie soll die Systemische Therapie als Familientherapie nach dem Maudsley-Modell verglichen werden mit individueller kognitiver Verhaltenstherapie bei erwachsenen Patienten mit einer Anorexia nervosa. Nach Einschätzung der BPtK könnte diese Studie durchaus Fazitrelevanz in dem Sinne erhalten, dass unter Einschluss dieser Studie ggf. ein Hinweis auf den Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber der Richtlinienpsychotherapie die Konsequenz sein könnte. Wir würden daher empfehlen, in diesem Fall die Autoren anzufragen, ob vorzeitig die erforderlichen Studiendaten zur Verfügung gestellt werden können. Schließlich wurden die Studien von Crisp (1991) und Espina (2000) wegen der Kriterien E1 (Population) bzw. E2 (keine Methode der Systemischen Therapie) ausgeschlossen. Für diese beiden Fälle würden wir bitten, die Erforderlichkeit des Ausschlusses dieser Studien erneut zu prüfen und ggf. etwas ausführlicher zu begründen, da diese Studien im Rahmen des

Gutachtens des WBP zur Systemischen Therapie als Anhaltspunkte für den Nutzen herangezogen worden waren. Insgesamt beruht die Feststellung eines Anhaltspunktes für den Nutzen der Systemischen Therapie auf einer Studie bei Patienten mit Binge-Eating-Störung (Castelnuovo, 2011), bei der sich sowohl für den Endpunkt Symptomverbesserung „Essanfälle“ als auch für den Endpunkt soziale Funktionsniveau/psychische Symptomatik im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie zum Auswertungszeitpunkt 7 Monate eine Überlegenheit der Systemischen Therapie feststellen lässt. Diese zusammenfassende Bewertung des Nutzens der Systemischen Therapie bei Essstörungen kann nachvollzogen werden.

V. Störungsbereich körperliche Erkrankungen

Die beschriebenen methodischen Probleme bei der Bewertung der Studien in dem Störungsbereich der körperlichen Erkrankungen sind gut nachvollziehbar. Insgesamt erscheint die Feststellung eines Anhaltspunktes für den Nutzen der Systemischen Therapie bei körperlichen Erkrankungen angemessen und trägt der Heterogenität der Ergebnisse Rechnung.

VI. Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen

In diesem Anwendungsbereich wurden die Studie von Knekt (2004) herangezogen, da für diese Studie auch eine Teilstichprobe von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung aus den Clustern B und C sowie mit nicht näher bestimmter Persönlichkeitsstörung beschrieben wurde, für die auswertbare Daten zum Vergleich der Systemischen Therapie mit der psychodynamischen Kurzzeittherapie und Langzeittherapie zum patientenrelevanten Endpunkt Vollremission der Persönlichkeitsstörung vorlagen. Die Bewertung, dass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie festgestellt werden kann, ist nachvollziehbar.

VII. Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

In diesem Anwendungsbereich wurden vier Studien identifiziert, bei denen Systemische Therapie plus Pharmakotherapie verglichen wurde mit Pharmakotherapie

allein. Entsprechend wurden diese Studien für den Vergleich von Systemischer Therapie versus keine Zusatzbehandlung herangezogen (Cao, 2007; Zhang, 2006; Zhou, 2003 und Miller, 2004). Hinsichtlich des Endpunktes Schizophrenie-symptomatik ergab sich hierbei ein Hinweis auf einen Nutzen der Systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator „keine Zusatzbehandlung“. Aus Sicht der BPTK ist diese Einstufung nachvollziehbar wie auch die Feststellung eines Anhaltspunktes für den Nutzen der Systemischen Therapie hinsichtlich des Endpunktes allgemeines Funktionsniveau. In der Gesamtschau wird der Systemischen Therapie schließlich ein Hinweis auf einen Nutzen bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie und affektiven psychotischen Störungen im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung bescheinigt. Diese Gesamtwürdigung der Evidenz zur Systemischen Therapie in diesem Störungsbereich ist aus Sicht der BPTK sachgerecht.

VIII. Störungsbereich Substanzkonsumstörungen

In diesem Anwendungsbereich wurden fünf randomisiert-kontrollierte Studien eingeschlossen, die mit verwertbaren Ergebnissen bei drei Vergleichen Verwendung fanden (Bennum, 1988; Yandoli, 2002; Feaster, 2010; Stanton, 1982 und Ziegler-Driscoll, 1977). Der Ausschluss von drei weiteren Studien, da diese auf weniger als 70 Prozent der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten beruhen, korrespondiert mit den im Berichtsplan dargelegten Kriterien. Beim Vergleich der Systemischen Therapie mit Beratung und Informationsvermittlung bei Patienten mit einer Opioidkonsumstörung in einem Methadonentzugsprogramm ließ sich zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen auf dem Endpunkt Teilremission feststellen. Diese Bewertung erscheint sachgerecht. Der BPTK sind keine weiteren randomisiert kontrollierten Studien in diesem Störungsbereich bekannt, die von den Recherchen in den Studienregistern und Literaturdatenbanken noch nicht erfasst wurden.

Fazit

Die vorläufige Nutzenbewertung des IQWiG konnte für eine Reihe von Anwendungsbereichen der Psychotherapie Anhaltspunkte und Hinweise für einen Nutzen der Systemischen Therapie und zum Teil auch Zusatznutzen der Systemischen

Therapie gegenüber einem Richtlinienverfahren feststellen. Dies gilt nicht zuletzt auch für die beiden für das Schwellenkriterium nach § 13 Psychotherapie-Richtlinie besonders relevanten Anwendungsbereiche Depression und Angst- und Zwangsstörungen. Dabei beinhalten die meisten Studien(arme) zur Systemischen Therapie relativ kurze Therapiedauern, die zwar geeignet sind, den Nutzen der Systemischen Therapie gegenüber dem Komparator „keine Zusatzbehandlung“ und Beratung und Informationsvermittlung sowie vereinzelt auch gegenüber anderen Psychotherapieverfahren zu zeigen, sie stellen zugleich jedoch eine potenzielle Unterschätzung der Therapieeffekte dar, die bei einer flexiblen Dauer und Intensität der Systemischen Therapie in der Versorgung erreichbar wären.

Literatur

Bennun 1988

Bennun I. Evaluating family therapy: a comparison of the Milan and problem solving approaches. *J Fam Ther* 1986; 8(3): 225-242.

Bennun I. Treating the system or symptom: investigating family therapy for alcohol problems. *Behavioural Psychotherapy* 1988; 16(3): 165-176.

BPtK (2009). Prüfung der Richtlinienverfahren gem. §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie „Psychoanalytisch begründete Verfahren“. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009.

Cao 2007

Cao YK, Lu AI. Influence of systemic family treatment on the quality of life in schizophrenic patients? [Chinesisch]. *Journal of Clinical and Psychological Medicine* 2007; 17(6): 403-404.

Castelnuovo 2011

Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Molinari E. Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: the STRATOB randomized controlled clinical trial. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2011; 7: 29-37.

Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Pietrabissa G, Molinari E. The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of cognitive behavioral therapy and brief strategic therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials* 2011; 12: 114.

Espina A, Joaristi L, Ortego MA, Ochoa de Alda I. Eating disorders, family interventions and changes in MMPI profiles: an exploratory study [Spanisch]. *Estud Psicol* 2003; 24(3): 359-375.

Espina Eizaguirre A, Ortega Saenz de Cabezon MA, Ochoa de Alda Martinez I. A controlled essay of familiar interventions in eating disorders: changes in alexithymia [Spanisch]. *Anales de Psiquiatria* 2001; 17(2): 64-72.

Espina Eizaguirre A, Ortego Saenz de Calderon MA, Ochoa de Alda Apellaniz I. A controlled trial of family interventions in eating disorders: changes in psychopathology and social adjustment [Spanisch]. *Apunt Psicol* 2002; 20(1): 49-62.

Feaster 2010

Feaster DJ, Mitrani VB, Burns MJ, McCabe BE, Brincks AM, Rodriguez AE et al. A randomized controlled trial of structural ecosystems therapy for HIV medication adherence and substance abuse relapse prevention. *Drug Alcohol Depend* 2010; 111(3): 227-234.

Mitrani VB, Weiss-Laxer NS, Ow CE, Burns MJ, Ross-Russell S, Feaster DJ. Examining family networks of HIV+ women in drug recovery: challenges and opportunities. *Fam Syst Health* 2009; 27(3): 267-283.

Mitrani VB, McCabe BE, Robinson C, Weiss-Laxer NS, Feaster DJ. Structural Ecosystems Therapy for recovering HIV-positive women: child, mother, and parenting outcomes. *J Fam Psychol* 2010; 24(6): 746-755.

Mitrani VB, Feaster DJ, Weiss-Laxer NS, McCabe BE. Malaise, motivation and motherhood: predictors of engagement in behavioral interventions from a randomized controlled trial for HIV+ women in drug abuse recovery. *AIDS Behav* 2011; 15(2): 396-406.

Mitrani VB, McCabe BE, Burns MJ, Feaster DJ. Family mechanisms of structural eco-systems therapy for HIV-seropositive women in drug recovery. *Health Psychol* 2012; 31(5): 591-600.

Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991; 159(3): 325-333.

Knekt 2004

Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *J Affect Disord* 2012; 138(3): 301-312.

Knekt P, Heinonen E, Härkäpää K, Jarvikoski A, Virtala E, Rissanen J et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Res* 2015; 229(1-2): 381-388.

Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *Eur Psychiatry* 2010; 25(1): 1-7.

Knekt P, Lindfors O. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela; 2004. (Studies in Social Security and Health; Band 77).

Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008; 38(5): 689-703.

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Jarvikoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity—a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2008; 107(1-3): 95-106.

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T et al. Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 2011; 132(1-2): 37-47.

Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jäske L, Laaksonen MA, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. *J Affect Disord* 2011; 135(1-3): 221-230.

Knekt P, Lindfors O, Sares-Jäske L, Virtala E, Härkänen T. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nord J Psychiatry* 2013; 67(1): 59-68.

Knekt P, Virtala E, Härkänen T, Vaarama M, Lehtonen J, Lindfors O. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychol Med* 2016; 46(6): 1175-1188.

Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from mood or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. *Psychiatry Res* 2013; 208(2): 162-173.

Laaksonen MA, Knekt P, Sares-Jäske L, Lindfors O. Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. *Eur Psychiatry* 2013; 28(2): 117-124.

Lindfors O, Knekt P, Heinonen E, Härkänen T, Virtala E. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 2015; 173: 31-38.

- Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200(11): 946-953.
- Maljanen T, Paltta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Laaksonen MA et al. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. *The Journal of Mental Health Policy & Economics* 2012; 15(1): 13-23.
- Marttunen M, Välikoski M, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. *Psychotherapy research* 2008; 18(2): 191-199.

Li 2010

- Li S, Liu S, Jiang D. Systemic treatment combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: curative efficacy [Chinesisch]. *China Modern Doctor* 2010; 48(2): 27-28.

- Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. The London Depression Intervention Trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner; clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000; 177(2): 95-100.

Miller 2004

- Gaudiano BA, Miller IW. Anxiety disorder comorbidity in bipolar I disorder: relationship to depression severity and treatment outcome. *Depress Anxiety* 2005; 21(2): 71-77.
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(5): 732-740.
- Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord* 2004; 82(3): 431-436.
- Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord* 2008; 10(7): 798-805.
- Uebelacker LA, Beevers CG, Battle CL, Strong D, Keitner GI, Ryan CE et al. Family functioning in bipolar I disorder. *J Fam Psychol* 2006; 20(4): 701-704.

Miller 2005

- Beevers CG, Keitner GI, Ryan CE, Miller IW. Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. *J Abnorm Psychol* 2003; 112(3): 488-496.
- Beevers CG, Miller IW. Unlinking negative cognition and symptoms of depression: evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(1): 68-77.
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. *Am J Psychiatry* 2005; 162(11): 2131-2138.

Rakowska 2011

- Rakowska JM. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychotherapy Research* 2011; 21(4): 462-471.

Stanton 1982

- Stanton MD, Steier F, Todd TC. Paying families for attending sessions: counteracting the dropout problem. *J Marital Fam Ther* 1982; 8(3): 371-373.
- Stanton MD, Todd TC (Ed). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press; 1982.

Von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer J. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe; 2007.

Yandoli 2002

Yandoli D, Eisler I, Robbins C, Mulleady G, Dare C. A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. *J Fam Ther* 2002; 24(4): 402-422.

Yang 2005

Yang FR, Zhu SL, Luo WF. Comparative study of solution-focused brief therapy (SFBT) combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder [Chinesisch]. *Chinese Mental Health Journal* 2005; 19(4): 288-290.

Zhang 2006

Zhang ML, Yuan G, Yao J, Ni SQ, Zhang X, An BF et al. A controlled treatment trial of systemic family therapy for schizophrenic patients [Chinesisch]. 2006; 15(8): 711-712.

Zhang ML, Yuan GZ, Yao JJ, Ni SQ, Zhang X, An BF et al. Systematic family intervention for people with schizophrenia [Chinesisch]. *Chinese Journal of Psychiatry* 2006; 39(2): 84.

Zhou 2003

Zhou X. The application of systemic family therapy in patients with schizophrenia [Chinesisch]. *Medical Journal of Chinese People Health* 2003; 15(6): 361-362.

Ziegler-Driscoll 1977

Ziegler-Driscoll G, Davis DI, Klagsbrun M. Family Research Study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center. *Fam Process* 1977; 16(2): 175-189.